

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1432

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

MOREAU Marcel

né le 22 Mai 1914 à MONTS (Indre-et-Loire)

LES
LUXATIONS SPONTANÉES
DU
CRISTALLIN TRANSPARENT

Président : M. VELTER, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine 23,

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

MOREAU Marcel

né le 22 Mai 1914 à MONTS (Indre-et-Loire)

LES
LUXATIONS SPONTANÉES
DU
CRISTALLIN TRANSPARENT

Président : M. VELTER, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine 23,

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
	LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	I. VY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MACQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale
 BENARD (H.) .. Pathologie médicale
 BERNARD (E.) .. Pathologie médicale
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale
 COSTE Pathologie médicale
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES .. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.) .. Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie
 LELONG Pathologie médicale
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale
 MOREAU Pathologie médicale
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.
 RUENIOT Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU - LEMAIRE... Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-
VALLERY-RADOT
REARY.

Clinique médicale.

MM.
BASSET.
BROcq.
CADENAT.
GATELLIER.
MOURE.
QUENU.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
MCALLE.
METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*Témoignage de ma profonde
affection.*

A MA GRAND'MERE

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VELTER,
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Ophtalmologiste des Hôpitaux,

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

Hommage respectueux.

A Monsieur le Professeur FRANCIS COSSE,

A Monsieur le Professeur ARMAND MERCIER,

Professeurs à l'Ecole de Médecine de Tours

*Qui nous ont inspiré le sujet
de cette thèse; ils nous ont pro-
digué leurs précieux conseils au
cours de son élaboration.*

Hommage reconnaissant.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE TOURS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Les Luxations spontanées du Cristallin transparent

GENERALITES

La luxation spontanée se présente bien souvent dans des cas où il existait déjà une subluxation congénitale, mais on cite de nombreux cas sans malformation congénitale primitive.

Hippel vit à soixante et un ans, un myope qui eut successivement aux deux yeux une luxation spontanée dans la chambre antérieure.

Hirschberg et Landsberg signalent eux aussi des cas de luxation spontanée chez les myopes.

Baggi cite un cas où le massage fit rentrer le cristallin luxé.

Le cas de Groeffe mérite d'être relaté. Il s'agit d'un petit garçon de neuf ans qui, après avoir eu une luxation traumatique de l'œil gauche consécutive à un coup de fouet, eut une luxation spontanée de son œil droit.

« Lorsque huit semaines plus tard, dit de Groeffe, je revis mon petit malade, l'œil gauche était toujours dans le même état; par contre, je fus surpris de voir que la chambre antérieure de l'œil droit était un peu

rétrécie à droite par une légère proéminence de l'iris, tandis qu'à gauche elle avait sa profondeur normale.

L'iris tremblait fortement du côté temporal. En examinant attentivement, on constatait que les images réfléchies du cristallin faisaient défaut dans la partie externe de la pupille, tandis qu'elles existaient dans la moitié interne; on pouvait même découvrir le bord du cristallin sous forme d'un arc de cercle à convexité temporale, dans la partie externe de la pupille. Il n'y avait pas encore de troubles notables de la vision, du moins le petit malade ne les accusait pas et pouvait lire de fins caractères à la même distance qu'auparavant.

Quatre semaines plus tard, la luxation était beaucoup plus considérable, le bord du cristallin coupait la pupille en deux moitiés égales. L'examen ophtalmoscopique montrait une transparence absolue du cristallin dont le bord se marquait par une ligne noire. Lorsqu'on regardait au miroir par la partie externe de la pupille, on voyait nettement tout le fond de l'œil absolument normal ainsi que le corps vitré, si l'on s'éloignait avec le miroir l'image droite devenait de plus en plus diffuse, mais on voyait au contraire apparaître de plus en plus claire l'image renversée, plus petite, vue au travers du cristallin, comme on peut la voir dans les fortes myopies sans se servir de verres convexes. Si alors je prenais un verre convexe de

+20 D., je voyais à la fois les deux images; toutefois, elles n'étaient pas également nettes, mais je pouvais voir nettement tantôt l'une, tantôt l'autre en approchant ou éloignant le verre convexe. Par la même raison, le malade aurait dû voir doubles tous les objets extérieurs, mais il n'indiqua pas cette diplopie; il est vrai qu'on ne pouvait pas absolument se fier à ses réponses. La luxation du cristallin avait lieu surtout en dedans et un peu (1 mm.) en bas. Six mois plus tard, son œil était toujours dans le même état. »

Quand on considère toutes les observations publiées on voit qu'il en existe :

13 précédées d'une subluxation,

6 dans lesquelles la subluxation se complète dans la chambre antérieure [Talko (1873, 2 cas); Rabinowitch (1881, 2 cas); Théobald (1891)],

3 dans lesquelles la subluxation se complète dans le corps vitré [Trickhoeffter (1881, 2 cas); Théobald (1891)],

4 dans lesquelles la subluxation se complète avec un petit déplacement [Raab (1875); Hasner (1875); Manfredi (1884); Treacher Collins (1892)].

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Peu d'examens de cette sorte furent pratiqués. Hirschberg est le premier à en avoir décrit un. Raab en décrivit un autre : celui d'une luxation dans la chambre antérieure d'un cristallin transparent.

Hirschberg eut l'occasion de constater sur un autre cas, qu'une forte myopie avait précédé la luxation.

Lawford eut l'occasion d'examiner histologiquement cinq cas. Mais c'est à Rumchewitsch que nous devons la description la plus complète, des deux cas qu'il eut l'occasion d'étudier. Dans le premier cas, il conclut que, sans être malade, la zonule s'était rompue par l'allongement de l'œil. Dans le second cas, il n'y avait pas d'allongement de l'œil, mais la zonule avait subi une sorte de macération.

Henri Dor, dans l'Encyclopédie Française d'Ophthalmologie, décrit trois types de luxations spontanées :

1° les luxations qui succèdent à des subluxations congénitales ;

2° les luxations qui succèdent à un allongement de l'œil ;

3° les luxations qui succèdent à une dégénérescence de la zonule dont la cause est inconnue.

C'est dans ce dernier groupe qu'il faut ranger l'observation de Rumschewitsch, et voici comment elles sont analysées :

« Pour le premier, il s'agit d'un malade atteint de myopie de 10 dioptries; la luxation eut lieu en 1888 et l'œil resta calme jusqu'en 1896, puis tout à coup il survint des douleurs si intolérables qu'il fallut faire l'énucléation. Le cristallin était normal. Dans le second cas, il s'agit d'un œil aveugle, mais le malade avait un diagnostic du Professeur Ivanoff remontant à 1874 et qui indiquait « subluxation spontanée V. 5/200. Cet œil était devenu aveugle et le malade ne s'en était pas occupé, lorsque le 10 juin 1902, donc après dix-huit ans, il se développa tout à coup un état glaucomateux et des douleurs très vives qui ne cédèrent à aucun traitement; ici aussi on dut faire l'énucléation. Rumschewitsch donne en détail la description anatomo-microscopique de ce cas. Nous relevons seulement que sur le cristallin on ne trouve aucune trace de la zonule.

Rumschewitsch conclut donc que la cause de la luxation est « la macération ou l'atrophie de la zonule ».

On estime aujourd'hui que, dans tous les cas, il existe une altération de la zonule de Zinn qui prédispose à la rupture des attaches cristalliniennes. Dans l'étude qu'ils ont consacrée au « Mécanisme de la

luxation traumatique totale du cristallin », MM. Beauvieux et Monod (Archives d'Ophthalmologie, 1924), après avoir indiqué que la zonule est une formation nettement individualisée, d'origine rétinienne qui coiffe les procès cilliaires sans contracter avec eux d'adhérence notable et ne présente guère qu'une portion libre dépourvue de tout soutien sur une longueur de 1 mm. dans sa portion péri-cristallinienne, concluent que, même dans les luxations traumatiques, la rupture des fibres zonulaires suppose le plus souvent une altération préalable de leur structure et un affaiblissement de leur solidité.

La zonule saine possède une résistance considérable ainsi que l'ont prouvé les recherches ayant pour but de réaliser expérimentalement des luxations traumatiques chez le cadavre ou chez l'animal. Les luxations spontanées, dans lesquelles nul traumatisme ne vient ébranler l'appareil suspenseur du cristallin, nécessitent, à plus forte raison, de notables altérations préalables de la zonule pour que cette dernière puisse se rompre sous l'action d'un effort insignifiant et passant la plupart du temps inaperçu (quinte de toux, éternuements) ou même du seul fait de la pesanteur du cristallin dans le décubitus dorsal (luxations dans le vitré) ou à l'occasion d'un mouvement faisant porter la tête en avant et en bas (luxations dans la chambre antérieure) selon MM. les Professeurs Francis Cosse et Armand Mercier.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Mlle T... Anaïs, 33 ans, cuisinière.

Antécédents héréditaires : parents ayant une vue normale. Son grand-père avait une mauvaise vue de cause indéterminée. Son frère, très myope, aurait également une vue défectueuse. Il ne nous a pas été possible de l'examiner.

En 1911, Mlle T... fut prise de violentes douleurs dans les deux yeux. A la suite de cette crise douloureuse, sur laquelle nous n'avons pu obtenir de renseignements précis, et qui se serait produite brusquement, sans cause apparente, la vision déjà réduite de l'enfant baissa considérablement, surtout du côté droit. Les douleurs cessèrent d'elles-mêmes et Mlle T... ne fut pas examinée par un oculiste.

En 1927, la réapparition subite, sans aucun choc, ni effort, de douleurs extrêmement pénibles dans l'œil droit la décidèrent à venir consulter pour la première fois.

M. le Professeur Cosse constate l'existence d'une myopie de 10 dioptries aux deux yeux, ainsi qu'une luxation totale du cristallin droit, basculé dans la chambre antérieure, à cheval sur l'iris, le bord supérieur occupant la partie supérieure de l'angle irido cornéen, tandis que le bord inférieur restait placé derrière la portion inférieure du diaphragme irien. Cette luxation en avant avait déterminé une brusque poussée d'hypertension avec dou-

leurs glaucomateuses. La vision de cet œil était nulle. Le cristallin gauche était subluxé en haut et en dedans, les limites inféro externes de la lentille étant visibles au ras du cercle pupillaire. Cet œil avait une tension normale, une acuité de 2/10^e et n'occasionnait aucune douleur.

La malade fut hospitalisée dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital de Tours et une tentative d'extraction du cristallin luxé de l'œil droit dut être faite le 8 mars 1927. Une issue abondante de vitré s'étant produite dès l'entrebâillement de la plaie, il fallut renoncer à faire sortir la lentille, de crainte de voir l'œil se vider. Comme les douleurs avaient cédé à la suite de cette intervention et que l'œil droit avait récupéré une vision de 1/10^e, toute autre intervention fut différée. L'examen du sang et des urines avait donné des résultats négatifs.

L'indolence de l'œil droit et la conservation d'une vision réduite persistèrent jusqu'en 1932. De nouvelles poussées d'hypertension se manifestèrent alors, tandis que la vision retombait à zéro. La malade ayant refusé l'énucléation, fut soignée par des myotiques qui atténuèrent les douleurs, mais ne purent empêcher la constitution d'un volumineux staphylone antérieur, auquel Mlle T... est habituée et qu'elle déclare vouloir conserver tant que son œil restera indolore.

La subluxation de l'œil gauche, déjà constatée lors du premier examen en 1927, s'était maintenue stationnaire. La vision était égale à 2/10^e. L'œil était indolore et non hypertendu.

En 1938, les deux yeux étaient dans le même état.

Il est permis de supposer que Mlle T..., myope de naissance, n'avait pas de déplacement congénital des cristallins et que la première crise douloureuse survenue en 1911, alors qu'elle était âgée de 6 ans, correspondait à la subluxation qui se produisit alors des deux côtés. En

1927, la subluxation de l'œil droit, dont la zonule est la plus altérée, se transforme brusquement en luxation totale s'accompagnant d'une crise de glaucome aigu qui fut calmée par l'issue du vitré.

Mlle T... n'est-elle pas menacée de voir un semblable accident se produire un jour dans son œil gauche? Son refus de laisser pratiquer l'extraction du cristallin subluxé avant qu'il ne perde la totalité de ses attaches, et pendant que l'œil possède une tension normale, ne nous a pas permis de la mettre à l'abri de la luxation totale dont elle a pu cependant vérifier par elle même, sur son œil droit, les dangereuses conséquences.

OBSERVATION N° II

M. R.... Raymond, 33 ans, commerçant.

Ne possède aucun antécédent oculaire héréditaire. A toujours eu une vision défectueuse des deux yeux. Très myope, il devait à l'école mettre le nez sur son cahier pour pouvoir lire ou écrire, mais il ne portait pas de lunettes.

Vers 11 ans, la vision de son œil droit ayant baissé brusquement et sans cause apparente, et ses parents ayant constaté « un changement de coloration de son iris », l'enfant fut conduit au docteur Vacher d'Orléans, qui diagnostiqua une luxation du cristallin droit dans la chambre antérieure. Il pratiqua immédiatement l'extraction du cristallin libéré: L'œil s'atrophia par la suite, sans que l'enfant en revit jamais. Le Docteur Vacher n'avait pas constaté de modifications du cristallin gauche et n'avait pas prescrit de lunettes à l'enfant. Il avait simplement conseillé aux parents de lui faire abandonner ses études.

A 13 ans, la vision de l'œil gauche commença à baisser progressivement. Lorsqu'il eut 19 ans, M. R... vint consulter MM. les Professeurs Cosse et Mercier de Tours, en se plaignant de brouillards épais sur le seul œil dont il voyait encore. MM. les Professeurs Cosse et Armand Mercier constatèrent alors l'existence d'une forte myopie avec lésions abondantes de choréo-rétinites et prescrivirent un traitement à l'atropine et à la dionine.

L'examen des urines et du sang donna des résultats franchement négatifs. La vision, après correction par un verre de — 15 dioptries, était de $1/10^e$. A la suite du traitement elle remonta de $2/10^e$ et se maintint stationnaire pendant douze ans.

En 1936 M. R... constata une amélioration sensible et subite de la vision de son œil gauche. Il s'en aperçut par hasard, un soir où, accompagnant sa femme au cinéma, il put entrevoir des images sur l'écran, alors qu'il ne voyait habituellement rien. Cette amélioration s'est maintenue et, lorsqu'il fut réexaminé à nouveau, en novembre 1938, M. R... avait une luxation du cristallin déplacé en arrière et en bas, son bord supérieur étant visible dans la partie moyenne du champ pupillaire. Avec un verre de — 4 dioptries la vision était de $5/10^e$ faibles.

M. R..., myope de naissance, a donc luxé spontanément ses deux cristallins, le droit, à 11 ans, dans la chambre antérieure, le gauche à 31 ans, dans le vitré; le déplacement important de la lentille de l'œil gauche indique que la quasi totalité des attaches zonulaires se sont rompues brusquement et que, seules quelques fibres maintiennent encore le cristallin derrière la partie inférieure du diaphragme irien. Le résultat peu encourageant de l'intervention pratiquée sur l'œil droit a là encore fait repousser par le malade, très satisfait déjà de l'amélioration de sa vision, les offres d'une opération, qui pouvait cependant alors que le cristallin est encore visible, per-

mettre son extraction dans les meilleures conditions avant qu'il ne rompe ses dernières attaches et bascule en arrière.

OBSERVATION N° III

Mme G..., 44 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires : son père, atteint de myopie forte, a présenté en 1912 une luxation spontanée du cristallin droit, dans la chambre antérieure. Ce cristallin fut extrait dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital de Tours. Le fils de Mme G..., âgé de 13 ans, est myope de 4 dioptries, sans lésions des fonds d'yeux ni altération des cristallins.

Mme G..., très myope depuis son enfance, a commencé à porter des lunettes à l'âge de 19 ans.

En mars 1937, elle présenta brusquement sans raisons, une crise de glaucome aigu à l'œil gauche et dut être hospitalisée dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital de Tours. On constata alors une luxation totale du cristallin en arrière. Les douleurs ne cédant pas malgré les myopiques, l'œil étant inéclairable et la vision nulle, l'énucléation fut pratiquée le 17 mars. A cette époque, l'œil droit n'avait aucun symptôme de déplacement cristallinique.

Sa myopie était de 10 dioptries avec staphylome postérieur et lésions disséminées de choréo-rétinites. Acuité visuelle après correction : 4/10^e. Urines normales. B. W. négatif.

En juillet 1937, Mme G... vint consulter en se plaignant de troubles visuels de l'œil droit; on constata alors l'existence d'une légère subluxation du cristallin avec iridodonsis, les bords libres de la lentille n'étant pas visibles dans le champ pupillaire. Mme G... est soumise à un

traitement à la pilocarpine, qu'elle suit régulièrement jusqu'en novembre 1937.

A cette époque, elle ressent brusquement les mêmes douleurs atroces qu'elle avait éprouvées du côté gauche. Elle retourne à l'hôpital, où l'on constate, cette fois, une luxation complète du cristallin dans la chambre antérieure droite, luxation ayant déterminé une crise de glaucome aigu.

Le cristallin luxé fut extrait d'urgence à l'anse de Suelen. La poussée exercée par le vitré lors de la décompression de l'œil hypertendu détermina la formation de deux hernies de l'iris aux angles externes et internes de la plaie cornéenne inférieure, hernies qui furent réséquées par la suite le 25 novembre et le 1^{er} décembre.

Actuellement, Mme G... possède à l'œil droit une acuité visuelle de $2/10^e$ avec verre de $(0^{\circ} + 6) + 2$.

Ces deux luxations, en arrière pour l'œil gauche, en avant pour l'œil droit, se sont produites toutes les deux de façons absolument spontanées, sans choc sur les yeux, ni effort particulier pouvant expliquer la rupture de la zonule. Toutes deux ont provoqué des crises d'hypertension oculaire qui nécessitèrent des interventions chirurgicales, mais, tandis qu'à gauche, où la lentille avait basculé en arrière, il fallut recourir à l'énucléation; du côté droit, le passage du cristallin dans la chambre antérieure a permis son extraction relativement facile et la conservation d'une vision réduite mais cependant appréciable pour qui a été momentanément aveugle.

Dans les trois observations que nous rapportons, les examens du sang ont été négatifs. On ne peut donc incriminer la syphilis héréditaire. (Dubois de Lavignerie, de Lapersonne-Fournier et Sauvineau, Viterbi.)

Ces trois luxations se sont produites chez des myopes. Nous pouvons donc les faire entrer dans le second type de luxations spontanées de la classification de Henri Dor. Il est logique d'admettre que dans ces trois cas, à l'action mécanique exercée par l'allongement antéro-postérieur du globe qui exerce des tiraillements sur les fibres de l'appareil suspenseur du cristallin, s'est ajoutée une action inflammatoire, les altérations, myotiques des membranes profondes (chorio-rétinite) se propageant à la zonule du fait de son origine rétinienne et des rapports histologiques qu'elle possède avec la limitante externe de la rétine.

La résistance normale des fibres zonulaires a été considérablement diminuée par l'allongement axile du globe et le processus inflammatoire né des lésions myotiques du fond de l'œil. Ces fibres se sont rompues progressivement. Le cristallin n'étant plus soutenu que par de rares attaches, dégénérées elles aussi, un mouvement insignifiant a suffi à provoquer la chute de la lentille en arrière ou en avant.

D'où le nom de « luxations dites spontanées » donné par certains auteurs à ces déplacements subits du cristallin, la luxation vraie, celle qui se produirait chez des sujets exempts de toute altération de l'appareil, n'existant pas du fait de la résistance des fibres zonulaires saines.

On sait d'ailleurs, que la rupture des attaches cris-

talliniennes, dans l'extraction totale du cristallin dans la capsule, n'est possible, quel que soit le procédé employé, que grâce au processus de sclérose qui a préalablement altéré l'intégrité anatomique des fibres zonulaires. (F. Cosse et A. Mercier, *Gazette Médicale de France*.)

Dans ces trois observations, une subluxation a d'ailleurs précédé la luxation totale, le cristallin se déplaçant légèrement du fait de la rupture d'une partie de ses attaches et sa libération totale ne se produisant que plus tard lorsque le travail de dégénérescence s'est étendu à la totalité des fibres de la zonule.

TRAITEMENT

En présence des trois observations que nous venons de présenter, deux questions nous viennent tout naturellement à l'esprit :

- Est-il possible de prévenir les luxations du cristallin?
- Quel traitement faut-il leur appliquer quand elles sont constituées?

Il est des cas de luxations familiales, dans lesquelles l'hérédité joue un rôle évident, l'observation N° 3 en est un exemple. Duval, dans sa théorie, rapporte ces cas à une évolution atypique de la vésicule cristallinienne. Dans ces familles, plus encore que chez les enfants atteints de myopie forte sans cas de déplacement du cristallin chez les ascendants, il y a un intérêt évident à prendre dès le jeune âge, toutes les précautions nécessaires pour éviter autant qu'il est possible, la progression de la myopie et l'apparition des lésions du fond de l'œil, susceptibles d'altérer la zonule.

Le port de verres correcteurs, les traitements à base

d'atropine et dionine, les injections de sels mercuriels, auront là toute leur indication et seront utilement prescrits. Il faudra recommander d'éviter toute fatigue oculaire et insister auprès des parents pour qu'ils ne fassent pas effectuer à ces enfants de longues études et leur choisissent une profession en rapport avec l'état de leur vision.

Si toutefois, le déplacement de la lentille n'a pu être évité, quel traitement curatif faut-il instituer?

La sagesse conseille, en présence d'une subluxation monoculaire, l'abstention de tout acte chirurgical. Il est bien évident que dans tous ces cas, nous supposons que le cristallin est resté transparent. Bien souvent certaines luxations restent stationnaires pendant de longues années. On n'envisagera l'extraction du cristallin transparent que si son déplacement provoque des troubles visuels gênants, tels que la diplopie. Il en serait tout autrement si, comme dans les observations 1 et 2, une luxation totale avait aboli déjà la vision d'un côté et qu'une subluxation se produisait dans le seul œil utilisable pour la vision.

On doit craindre en effet, dans ces cas, la transformation à plus ou moins brève échéance, de la subluxation en luxation et il serait logique d'extraire le cristallin partiellement libéré de ses attaches avant sa chute totale.

A cet avantage, il faut ajouter celui que présente

chez les myopes forts, l'ablation du cristallin transparent pour corriger la myopie. Les observations 1 et 2 nous ont montré que bien souvent les malades refusent ce traitement, que conseille la logique.

En présence d'une luxation complète, la conduite à tenir varie suivant deux cas :

1° *Le cristallin est luxé dans la chambre antérieure.*

Il faut alors opérer le plus rapidement possible, car la crise de glaucôme aigu se produit presque immédiatement. Il n'existe que peu d'observations relatant une tolérance du cristallin devant l'iris, et celle de Fage, dont le malade faisait à volonté, par un mouvement brusque de la tête, passer son cristallin du vitré dans la chambre antérieure et réciproquement sans que le globe manifestât ni irritation, ni hypertension, est très probablement unique.

En général, on devra donc pratiquer l'extraction du cristallin logé dans la chambre antérieure, sur un œil en pleine crise d'hypertension. L'issue au vitré est presque inévitable. Cerisé a conseillé, pour réduire ce risque, de diminuer temporairement la tension intra-oculaire en pratiquant, avant toute section de la cornée, une fonction équatoriale au couteau de Graeffe. La plupart des auteurs recommandent la suture cornéenne pour opposer, par une fermeture rapide de la plaie opératoire, une barrière à la sortie

du vitré. Les malades que l'on opère d'urgence en pareil cas, ne présentent pas, en général, une docilité suffisante, du fait des souffrances éprouvées et de l'appréhension, pour qu'il paraisse indiqué de prolonger et de compliquer l'acte opératoire, selon MM. les Professeurs F. Cosse et A. Mercier.

Dans les observations 1 et 3, les interventions furent effectuées, sans blépharostat, pour éviter toute compression supplémentaire du globe hypertendu et permettre l'acclusion immédiate de l'œil, la pression des paupières s'opposant fort efficacement à l'expulsion du corps vitré. La présence des fils de suture n'eut pas arrêté, dans l'observation 1, l'issue du vitré qui se produisit dès la section cornéenne et empêcha l'extraction du cristallin et, dans l'observation 3, elle ne se fut sans doute pas opposée à la formation des hernies de l'iris qui se produisirent aux angles de la plaie cornéenne, le joint de suture étant placé au centre de l'incision.

Pertes de temps, risques accrus, ces désagréments de la suture cornéenne ne semblent pas, dans ces cas, être compensé par des avantages suffisants pour en recommander l'emploi.

2° Le cristallin est luxé dans le vitré.

Tout dépend alors de la place qu'il occupe dans la chambre postérieure. Il peut être toléré, fort long-

temps, s'il s'est fixé loin du corps ciliaire. De Wecker l'a vu toléré huit ans et Jager trente ans. Dans le cas contraire, il déterminera des poussées d'iridocyclite ou d'hypertension comparables à celles des luxations dans la chambre antérieure. Il faut alors essayer de l'extraire et pour cela, tenter de le ramener derrière la pupille, afin de le rendre visible, par le renversement du malade.

On pourra alors fixer le cristallin en introduisant une pince à deux dents, puis l'extraire à la curette après incision, ou à l'aide d'instruments en forme d'aiguilles avec lesquels on transfixe la lentille, la transporter de la chambre postérieure dans la chambre antérieure, d'où il sera extrait à l'anse de Snellen.

Malheureusement, dans la majorité des cas, le cristallin, noyé dans le vitré, reste invisible et il faut alors recourir à l'énucléation pour calmer les crises de glaucôme, puis les poussées aiguës d'iridocyclite qui pourraient, par sympathisation, compromettre la vision de l'autre œil.

CONCLUSIONS

Les luxations spontanées du cristallin sont des affections très rares, et d'autant plus graves, que presque toujours leur bilatéralité est inévitable.

Même dans les cas les plus favorables, elles entraînent une diminution considérable de l'acuité visuelle, et bien souvent elles aboutissent à la cécité.

La rupture des fibres zonulaires peut se produire par le seul fait de la pesanteur du cristallin dans le décubitus dorsal, on aura une luxation dans le vitré, ou à l'occasion d'un mouvement faisant porter la tête en avant et en arrière, on aura la luxation dans la chambre antérieure.

Sur un œil en pleine crise d'hypertension, on devra pratiquer en général l'extraction du cristallin logé dans la chambre antérieure.

Il ne semble pas que la suture cornéenne soit recommandable pour éviter l'issue du vitré. Elle accroît les risques et entraîne une perte de temps, qui ne saurait être compensée par des avantages importants.

Dans la luxation du cristallin dans le vitré, le cris-

tallin est bien souvent invisible, tellement il est noyé dans le vitré, et il faudra recourir à l'énucléation pour calmer les crises de glaucôme ou les poussées d'iridocyclite qui pourraient compromettre la vision de l'autre œil par sympathisation.

Vu	Vu
Le Doyen :	Le Président de Thèse :
TIFFENEAU	VELTER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

CRISTALLIN, LUXATION ET SUBLUXATION

- A. ALMEIDA. — Ectopia lentis e luxacao do cristallino na camara anterior. (*Ann. paulist. de med. e cir.*, 25; 233-235; mars 1933.)
- AUBARET. — Luxation sous-conjonctivale du cristallin, (*Marseille médical*, 15 mars 1930, p. 363.)
- A. AZEVEDO. — Cristalline calcareo luxado na camara anterior. (*Rev. de ophtalm. de Sao Paulo*, 3; 161-162; janv. 1934.)
- M. BARTELS. — Habuelle und spontan Linsenluxation (*Zeits augenh.*, 75; 20-22, août 1931.)
- BONNET et PAUFIQUE. — Luxation dans la chambre antérieure d'un noyau de cataracte morgagnienne. (*Soc. d'ophtalm. de Lyon*, séance du 8 11-32; in *Lyon médical*, n° 5, 1933.)
- BOSSALINO. — Lussazione spontanea bilaterale intermittente del cristallino in camera anteriore (contributio clinico e biomicroscopico) (*Boll. d'ocul.* 12; 245-260; mars 1933.)
- G. BOURLAND. — Un cas de luxation spontanée et récidivante du cristallin opacité (*Provence médicale*, n° 14, 15-11-32.)

- A. BUSACCA. — Extraction d'un cristallin subluxé dans le corps vitré en le luxant préalablement dans la chambre antérieure. (*Ann. d'ocul.*, 169, 274-280; avril 1932.)
- L. CAMOZZI. — Due casi di lussazione spontaneo tardiva, bilaterale del cristallini extopici e loro trattamento. (*Lettura oftal.* 4; 237-242; mai 1927.)
- A. CANTONNET. — La luxation extra-oculaire du cristallin. (*Le Monde médical*, n° 809; 1-5-32.)
- CHANG. — Luxation du cristallin. (*The chin. med. J.* n° 9; sept. 1934.)
- J. CHARAMIS. — Corectopies et luxations des cristallins bilatérales et congénitales chez deux frères. (*Bull. de la Soc. d'ophtalm. de Paris*, pp. 141-146; mars 1929.)
- I. DOR et PAUFIQUE. — Ophtalmie sympathique consécutive à une luxation traumatique du cristallin. (*Soc. d'opht. de Lyon*, séance du 10 mai 1932.)
- H. DOR. — *Encyclopédie française d'Ophtalmologie*, t. VII.
- W. FECHT. — Ueber familiare Linsenluxation. (*Zeitsch. f. Augenh.*, 62; 162-168; juin 1927.)
- E. FÜCHS. — Der Ciliarkörper bei Luxation der Linse. (*Archiv. f. ophtal.*, 122; 86-97; 1929.)
- F. HOSSMANN. — Ein Fall von bei derseitiger Ektopie der Pupille und subluxation der Linse. (*Klin. Monatsl. f. augenh.*, 90; 210-212, fév. 1932.)
- ISNEL, DESCHAMPS et CLERC. — Subluxations des cristallins bilatérales et congénitales chez deux sœurs. (*Bulletins et mémoires de la soc. franç. d'ophtal.* 42; 407-412; 1929.)

- JEANDELIZE et THOMAS. — Un cas d'arachnodactylie avec luxation des cristallins. (*Bull. soc. d'ophtal. de Paris*, mars 1936.)
- L. KIRANMIES. — Subjonctival luxation of lens (*Duodecim*, 52; 331, 332; 1932.)
- LAPERSONNE (De). — Luxation du cristallin. (*Bull. médical du Nord*, 1890.)
- LESCAUX. — Luxation du cristallin dans la chambre antérieure de l'œil. (*Soc. méd. et anat. clin. de Lille*, séance du 21 mars 1933; in *Sc. méd. de Lille*, 20-4-33, n° 18.)
- E. F. LEOKOEVA. — Luxation and migration of crystalline lens into Tenon's space (*Sovet Vestnik. Oftal*, 6; 406-408; 1935.)
- Lucien-C. LOMB. — Sur un cas de luxation double du cristallin. (*Soc. de méd. de Nîmes*, séance du 19-11-35; in *Echo médical des Cévennes*, déc. 1935.)
- W. M. MUNCY. — Subluxation of lens followed by intracapsular extraction. (*J. Am. Inst. J. Homeop.*, 24; 1.177, 1.182; nov. 1931.)
- A. A. PETROV. — Rupture of sclera with subconjunctival luxation of lens. (*Sovet vestnik oftalm.*, 8; 286-287; juin 1936.)
- V. RIBON. — Luxacion traumatica exterior y completa del cristallino izquierdo. (*Rev. cubana de oftalm.* 1; 337; août 1929; *Siglo med.*, 84; sept. 1929.)
- SABATA. — Secondary glaucoma during subluxation of crystalline lens caused by injury of eye. (*Casop. lekcesk.* 81; 971-972, ad. 29 juillet 1932.)
- P. SATANOWSKY. — Abiridia e congenita, subluxacio ga-

cia arriba del cristallino cataractoso, y cpm soloboma, intervencion quirurgica. (*Rev. Aso. med. argent.*, 47, 3431-3434; nov. 1933.)

L. DE SOUZA QUEIROZ. — Dois casos de ruptura indireta da esclerotica cum luxacao subjonctival do cristallino. (*Arq. inst. Penido, Bournier*, 4; 127-729; déc. 1935.)

TERLINCK et CLAES (Mlle). — Subluxation du cristallin et hernie du vitré dans la chambre antérieure. (*Soc. Belge d'ophtalm.*, séance du 24-4-32.)

TERRIEN. — Diagnostic et traitement des luxations du cristallin. (*Concours médical*, 1925, 1924.)

— *Précis d'Ophtalmologie.*

TOULANT et MORARD. — Luxation du cristallin. (*Soc. de médecine d'Alger*, séance du 8 juin 1934; in *L'Algérie médicale*, août 1934.)

K. VEHLHAGEN Junior. — Symmetrische irisatrophie mit und ohne Luckenbildung bei subluxation lentis. Ein Beitrag zur Frage der dystrophia, uvealis anter. or. (*Klin. Monatsch. f. Augenh.* Supp. 78; 156-162; juin 1927.)

L. VENCO. — Lussazione spontanea alternante del cristallino trasparente della camera anteriore e ne vitreo. (*Rassegna ital. d. ottal.*, 4; 725-751; nov.-déc. 1935.)

BUSSY et CHAUVIRE. — Deux cas de glaucome avec subluxation du cristallin. (*Bull. soc. d'ophtalm.*, nov. 1936; pp. 766-767.)

F. CASINI. — Su di un caso di lussazione della lente nel vitreo. (*Arch. di Ottal.*, 45; janv.-février, pp. 39-53.)

- F. COSSE et A. MERCIER. — Trois cas de luxation spontanée du cristallin et syndrome de Marfan. (*Soc. d'ophtalmologie de Paris*, séance du 18 janvier 1936; in *Arch. d'Ophtalmologie*, n° 10; octobre 1936.)
- F. B. FRALICK. — Luxation of lens through retinal tear intosubrestinal space. (*Amer. J. Ophtal.*, aug. 1937; 20; pp. 795-796.)
- GORSE, CALMETTE et GARIPUY. — Luxation traumatique du cristallin cataracté. (*Soc. de Méd. Pharm. Chir. de Toulouse*, séance du 18 juin 1937; in *Toulouse Médical*, n° 3, 1^{er} févr. 1938.)
- J. JACOBS. — Splierophakia luxation of lenses and secondary glaucome relieved by extraction of lenses. (*Amer. J. Opht.*, 20; 1042-1044; octobre 1937.)
- Charles J. KIEFFER. — Luxations spontanées non traumatiques du globe oculaire. (*Thèse de Paris*, 1937.)
- J. LEGRAND. — Traitement opératoire des luxations du cristallin dans le vitré. (*Arch. d'Ophtalmologie*, n° 10; octobre 1938, p. 924.)
- A. QUEIROZ MINEZ. — Luxação antiga do crystallino. (*Brasil Medico*; août 1932, t. 52, pp. 731-734.)
- L. J. TESSIER. — Luxation spontanée du cristallin. (*Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, n° 3; mai-juin 1939, p. 157.)
- J. TUPINANBA. — Luxação, espontanea de ambos os crystallinos na camora anterior. (*Rev. de oftal. de Sao Paulo*, 6; 13-16; janvier-mars 1938.)
- VOGT A. — Etude histologique d'un cas d'exfoliation sé-

nile bilatérale de la cristalloïde avec glaucome consécutif. Exfoliation de la zonule et luxation spontanée du cristallin. (*Soc. Suisse Pht.*, juin 1936.)

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV^e.
